



Scott County Jail

# EMPLOYER INFORMATION

## TO BE FILLED OUT BY EMPLOYER

NOMBRE DE PRESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMERCIAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUPERVISOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ SALARIO/SUELDO POR HORA: \_\_\_\_\_

DÍAS DE PAGO: (Marque un círculo alrededor de uno) Semanalmente Quincenalmente Mensualmente Otro (Especifique)

DÍAS NORMALES DE TRABAJO: (Marque un círculo alrededor de uno) Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

HORAS NORMALES DE TRABAJO: Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Entiendo que este empleado estará participando en el programa de salida con autorización de la cárcel del condado de Scott. Aunque es la responsabilidad del empleado(a) de asegurarse que él/ella cumpla con las reglas de Salida con Autorización, entiendo que tengo la responsabilidad, como el empleador, de notificar a la cárcel del condado de Scott inmediatamente si este empleado no se presenta a trabajar conforme a lo programado, si se sale del lugar de trabajo, o si tiene visitas en el lugar de trabajo. Entiendo que este individuo está autorizado a salir de la cárcel del condado de Scott para ir directamente a su (de él o ella) lugar de trabajo y regresar directamente a la cárcel al terminar el trabajo. Cualquier cambio en el lugar de trabajo o el tener que salir del lugar de empleo durante el curso de los deberes normales de trabajo debe ser reportado al personal de la cárcel antes de salir. También entiendo que es la responsabilidad del individuo, no de los empleadores, el notificar al personal de la cárcel. Estoy de acuerdo en cooperar con la cárcel del condado de Scott y su personal permitiendo la verificación de asistencia al trabajo con chequeos de trabajo por teléfono o en el propio lugar. También entiendo que el empleado le debe enviar la verificación semanal de trabajo al personal de la cárcel y que, como su (de él o ella) empleador soy responsable de firmar esa verificación diariamente. Soy consciente de que, si este empleado infringe cualquiera de las reglas de salida con autorización o de la cárcel será sancionado, lo cual podría incluir la suspensión de sus (de él o ella) privilegios de trabajo. Soy también consciente de que no se permitirá viajar fuera del Estado de Minnesota sin la autorización de un Juez de Tribunal de Distrito. Doy fé que he leído las reglas del programa de Salida con Autorización que se me han proveído y que comprendo completamente las expectativas de dicho programa.

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_